ZAŁĄCZNIK 3a Wzór deklaracji przystąpienia do egzaminu dla absolwenta zlikwidowanej szkoły/osoby posiadającej świadectwo uzyskane za granicą

ABSOLWENT ZLIKWIDOWANEJ SZKOŁY / OSOBA POSIADAJĄCA ŚWIADECTWO UZYSKANE ZA GRANICĄ DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

..... ☐☐☐☐☐☐☐☐
miejscowość, data *d d m m r r r r*

Dane osobowe *(wypełnić drukowanymi literami)*:

Nazwisko: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Imię (imiona): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data i miejsce urodzenia: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
d d m m r r r r

Numer PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres korespondencyjny *(wypełnić drukowanymi literami)*:

miejscowość: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ulica i numer domu: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

kod pocztowy i poczta: ☐☐ - ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nr telefonu z kierunkowym: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **mail**: .....

☐ **Jestem absolwentem*** szkoły, ☐ która została zlikwidowana/przekształcona / ☐ w której zlikwidowano kształcenie w zawodzie

miesiąc i rok ukończenia szkoły: .....

.....
nazwa i adres szkoły

☐ **Posiadam świadectwo/inny dokument wydane za granicą*** potwierdzające wykształcenie średnie/wykształcenie zasadnicze zawodowe/uznane za równorzędne świadectwu szkoły ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej w drodze nostryfikacji

Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

przeprowadzanego w terminie .....

☐☐.☐☐ ----------
oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową
---
nazwa kwalifikacji

☐☐☐☐☐☐☐☐ ----------
symbol cyfrowy zawodu *nazwa zawodu*

☐ **po raz pierwszy*** / ☐ **po raz kolejny*do części** ☐ **pisemnej*,** ☐ **praktycznej***

dostosowania

☐ **TAK*** / ☐ **NIE***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z egzaminem potwierdzającym kwalifikacje w zawodzie.

Do deklaracji dołączam:

- ☐ Świadectwo ukończenia szkoły*
- ☐ Dokument wydany za granicą potwierdzający wykształcenie średnie/wykształcenie zasadnicze zawodowe*
- ☐ Orzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)*
- ☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)*

.....
**właściwe zaznaczyć* *czytelny podpis*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

....
Pieczęć oke *data, czytelny podpis osoby przyjmującej*